

O ROLI OSOBOWOŚCI W PODEJŚCIACH DO BADANIA JAKOŚCI ŻYCIA LUDZI Z OGRANICZONYMI MOŻLIWOŚCIAMI

The role of personality in the approaches to the study of the quality of life for people with limited possibilities

J. W. Pelekh¹, N. W. Oksentiuk²

¹Małopolska Wyższa Szkoła Ekonomiczna,

²Narodowy Uniwersytet Gospodarki Wodnej i Wykorzystania Zasobów Naturalnych

Streszczenie

Artykuł jest poświęcony analizie badań jakości życia osób z ograniczonymi możliwościami zdrowia (OMZ). W pierwszej kolejności uczeni skupiają się na aspekcie jakości życia, związanego ze zdrowiem. Oczywiście, ludzie z fizycznymi ograniczeniami zdrowia potrzebują stałej pomocy, rehabilitacji oraz profilaktyki skutków medycznych niepełnosprawności. W artykule przeanalizowane są perspektywy wprowadzenia do badań jakości życia osób z OMZ całej warstwy fenomenów, odpowiadających za pozytywny rozwój osobisty. Alternatywą dla tradycyjnego podejścia klinicznego oraz jego roli w kontekście jakości życia jest wartość czynnika subiektywnego, mediującego wpływ warunków zewnętrznych rozwoju na błogostan subiektywny oraz jakość życia osób z OMZ.

Słowa kluczowe: jakość życia osób z ograniczonymi możliwościami zdrowia; jakość życia, związana ze zdrowiem; błogostan subiektywny, błogostan psychologiczny.

Summary

The article deals with the research of quality of life of people with limited health abilities. First of all, the scientists have focused on the aspect of quality of life which is associated with health. It is obvious that people with limited health abilities need constant health care, rehabilitation and prevention of health consequences of disabilities. This article analyzes the prospects of including a number of phenomena, responsible for positive personal development in the research of quality of life of people with limited health abilities. An alternative to the traditional clinical approach to the study of health and its role in the context of quality of life is the meaning of a subjective factor that mediates the effect of external conditions on subjective well-being and quality of life of people with limited health abilities.

Keywords: quality of life of people with limited health abilities; quality of life, associated with health; subjective well-being, psychological well-being.

Wstęp

Według danych banku światowego obecnie w świecie nalicza się około jednego miliarda ludzi, albo 15% ludności świata, którzy mają pewną formę niepełnosprawności, a powszechność niepełnosprawności jest większa w krajach rozwijających się. Od 110 do 190 milionów ludzi doświadczają dużą niepełnosprawność [8].

Kwestie o sposoby podniesienia jakości życia nie przestają być aktualnymi, mimo wszystkie wyniki polityki państwowej, skierowanej na wsparcie ludzi upośledzonych: wszak kraje rozwinięte starają się dużo o podniesienie jakości życia osób z OMZ poprzez polepszenie socjalno-ekonomicznych warunków życia oraz poprzez opracowanie programów medyczno-rehabilitacyjnych środków dla osób tej grupy.

Jakość życia (od ang. – Quality of life – akronim QOL) – kategoria, za pomocą której określają znaczące okoliczności życia ludności, wyznaczające poziom godności oraz wolności osobowości każdego człowieka. Kategoria „jakość życia” jest międzydiscyplinarną i dotyczy nie tylko medycyny, socjologii, ekonomiki, lecz również filozofii, psychologii oraz innych nauk o człowieku. Pojęcia „jakość życia” używa się przez naukowców do oszacowania ogólnego dobrobytu poszczególnego człowieka lub ludności ogólnie. Większość badań w danym kierunku tradycyjnie skupiona jest w ramach trzech kontekstów rozpatrywania jakości życia – w porównywaniu ze zdrowiem, wskaźnikami socjalno-ekonomicznymi i psychologicznymi. W literaturze światowej wraz z pojęciem jakości życia, używa się również terminu „błogostan subiektywny” (subjective well-being). Ono zostało zapożyczone z socjologii, gdzie pod tym się rozumie zdolność indywiduum do funkcjonowania w społeczeństwie odpowiednio do swego stanowiska i otrzymywania zadowolonia z tego. Jeszcze od 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia określiła zdrowie jako nie tylko nieobecność choroby, lecz również obecność fizycznego, psychologicznego oraz socjalnego błogostanu. Od tego czasu w praktyce medycznej coraz częściej zaczynają brać pod uwagę jakość życia. Przy tym pacjent uważa się nie tylko subiektem leczenia, lecz również osobowością, która pod wpływem choroby zmienia się i wraca do społeczeństwa w innym stanie – chorego człowieka.

Jakość życia jest cechą fizycznego, psychologicznego, emocjonalnego oraz socjalnego funkcjonowania, u podstaw której leży percepcja subiektywna. W medycynie jakość życia dotyczy przede wszystkim stanu zdrowia, dlatego w tym przypadku właściwie stosuje się pojęcia „jakość życia, związana ze zdrowiem” (w literaturze anglojęzycznej – «health-related quality of life»). Uważa się, że to jest poziom dobrobytu oraz zadowolonia z tych aspektów życia, na które ma wpływ choroba, wypadki lub sam proces leczenia. Mimo to, że ten termin bardziej precyzyjnie oddaje istotę problemu, w literaturze medycznej częściej spostrzega się ogólny termin „jakość życia” [16]. Co do ludzi z tymi czy innymi fizycznymi ograniczeniami zdrowia, problem jakości życia automatycznie zostaje przedmiotem uwagi badań klinicznych, w kontekście których głównym czynnikiem jakości życia jest zdrowie. Wskaźnik zdrowia diagnozuje się na podstawie symptomatologii i ciężkości przebiegu choroby oraz na podstawie oceny subiektywnej własnego stanu przez pacjenta.

Badanie jakości życia, związanego ze zdrowiem, u osób z OMZ w pierwszej kolejności dotyczy oceny skuteczności pomocy medycznej oraz rehabilitacji, której się udziela ciężko chorym osobom lub osobom z upośledzeniem. Ten kierunek aktywnie popiera się przez Światową Organizację Zdrowia. Współczesna całościowa rehabilitacja osób z ograniczonymi możliwościami zawiera: *pedagogiczną (zawodową) rehabilitację* – zapewnia rehabilitację osobie jako subiekta działalności; *psychologiczną rehabilitację* – sprzyja

motywacji osoby do opanowania zdolnościami zawodowymi oraz kształtuje osobowość; *socjalną rehabilitację* – zapewnia integrację do społeczeństwa osoby jako subiekta socjalnego; *duchową rehabilitację* – zapewnia rehabilitację osoby jako subiekta kultury, spuścizny oraz nośnika tradycji kulturalnych; *rehabilitację medyczną i fizyczną* – zapewnia leczenie i rehabilitację osoby na poziomie istnienia jako organizmu biologicznego [24]. Również Konwencja Organizacji Nacji Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych (CRPD) sprzyja pełnej integracji osób z ograniczonymi możliwościami w społeczeństwie.

Podstawowym problemem, który napotykają badacze, jest nieokreśloność oraz brak zbadaności właśnie psychologicznego sensu upośledzenia. Toteż, wykwalifikowana pomoc medyczna oraz jakościowe środki rehabilitacyjne, na pewno przyczyniają się do integralnego wskaźnika jakości życia, lecz często nie powodują jego stałego wzrostu. Generalnie logika wygląda tak, że linia polepszenia jakości życia powinna teoretycznie podążać równolegle do linii rekonwalescencji. Jednak osoby z wadami fizycznymi lub cierpią na poważne choroby somatyczne, znajdują się w sytuacji o charakterze przewlekłym (chronicznym), kiedy rekonwalescencja często jest uznana przez lekarzy niemożliwą. Przy takiej perspektywie rozpatrywania problemu wyniki pomocy medycznej przestają być wiodącymi dla jakości życia w warunkach niepełnosprawności. Dlatego w tych warunkach dużego znaczenia nabiera kwestia właśnie błogostanu psychologicznego jako składnik jakości życia. I rola osobowości samej osoby niepełnosprawnej w jego błogostanie psychologicznym, a więc, w jakości życia jest podstawową.

Biorąc pod uwagę wskazane, celem naszego badania jest zwrócenie uwagi na możliwości osobowe jako charakterystyki kluczowe jakości życia osób z ograniczonymi możliwościami.

1. Szczegóły „błogostanu psychologicznego” u osób z OMZ

Takie kategorie, jak jakość życia, zadowolenie z życia, szczęście, subiektywny, emocjonalny oraz ogólny błogostan, socjalne samopoczucie są nablizonymi według treści do pojęcia „błogostan psychologiczny” wysoki poziom zadowolenia z życia nazywa się szczęściem lub psychologicznym (subiektywnym) błogostanem. Błogostan subiektywny określają, jako emocjonalną ocenę własnego życia [17]. To jest subiektywne doświadczenie zadowolenia z osobistego życia. M. Argyle określa błogostan subiektywny, jako subiektywną własną samoocenę tego, na ile dobrym człowiekiem uważa własne życie, zaś P. Winghoven stwierdza, że błogostan subiektywny jest uwarunkowany przez zadowolenie podstawowych powszechnych ludzkich potrzeb [22]. Wielu naukowców, studiujących błogostan subiektywny, zaliczają go do takich ocen życia, które są w większej mierze kognitywnymi (w przeciwieństwie, na przykład, do radości, należącej do ocen, składających się z tego, jak często ludzie mają doświadczenie przyjemnych emocji, albo w przeciwieństwie do nieprzyjemnych emocji w rodzaju depresji lub dystresu), zresztą te kwestie, tzn. korelacja emotywnego a kognitywnego wymiarów, dotychczas są określone niedokładnie.

Istnieją naukowe poglądy na błogostan subiektywny na podstawie badania problemu pozytywnego funkcjonowania osobowości, u podstaw których leżą pozycje naukowe A. Maslow, K. Rogers, G. Allport, C.G. Jung, E. Erikson, S. Buller, M. Jahoda, D. Birren. Założycielką tego podejścia jest Carol Ryff, która uogólniła oraz wyodrębniła sześć składników fenomenu błogostanu subiektywnego: zaakceptowanie samego siebie, gotowość do utrzymywania pozytywnych relacji z innymi osobami, autonomność, biegłość ekologiczna (sterowanie środowiskiem), obecność celu w życiu, wzrost osobowy (indywidualne samodoskonalenie). Do innej grupy badań należą poglądy na fenomen błogostanu subiektywnego na podstawie psychofizjologicznego zachowania funkcji oraz wpływu czynników genetycznych na odmienności indywidualne w błogostanie subiektywnym (podejście R.M. Ryan, E.L. Deci, K. Fredric). Także są podejścia, rozpatrujące błogostan subiektywny, jako całościowe przeżycie, które występuje w subiektywnym poczuciu

szczęścia, zadowoleniu z siebie i własnego życia, oraz związane z podstawowymi ludzkimi potrzebami i wartościami (Shevelenkova T.D., Fesenko P.P., 2005) [28]. Błogostan subiektywny rozpatrywany tu jako zjawisko subiektywne, przeżycie (podobne do pojęcia błogostanu subiektywnego w pracach E. Diener), które bezpośrednio zależy od systemu wewnętrznych samoocen samego nośnika tego przeżycia. Na podstawie teorii C. Ryff (która została stworzona w zakresie psychologii humanistycznej), P.P. Fesenko i T.D. Shevelenkova zaproponowali odebranie błogostanu subiektywnego jako dość skomplikowane przeżycie przez człowieka zadowolenia z własnego życia, które odzwierciedla jednocześnie zarówno aktualne, jak i potencjalne aspekty życia osobowości. Charakteryzując przeżycie przez człowieka błogostanu subiektywnego, odznaczmy, że jakiegokolwiek przeżycie zakłada porównywanie tego przeżycia z normą, etalonem, ideałem, które są obecne w świadomości człowieka w formie jakiegoś wariantu samooceny, relacji z samym sobą. Więc, w przypadku osób z OMZ, jakości życia zależy od systemu ocen wewnętrznych samego nośnika tego przeżycia, od poczucia błogostanu subiektywnego, od poczucia przez osobę niepełnosprawną swego wzrostu osobowego.

Błogostan subiektywny występuje jako indyktor pozytywnego funkcjonowania osobowości z OMZ. Z jednej strony, on pokazuje się jako wynik pracy zasobów osobowych, z innej strony – sam występuje jako szczególny zasób, zapowiadający następujące zmiany w systemie zasobów.

Badania mówią o tym, generalnie nie wykrywają się stałe systemowe różnice między cechami osobowości osób z OMZ a warunkowo zdrowych doświadczalnych, a jednak obecność ograniczonych możliwości zdrowia nieco zmniejsza zadowolenie z życia. W niektórych badaniach było pokazano, że przy zaistnieniu niepełnosprawności błogostan subiektywny najpierw się obniża, lecz później wraca praktycznie do poziomu początkowego. Podniesienie tych wskaźników badacze wiążą z cechami osobowości (zob. Cloninger, Zohar, 2011) [25]. Także ustalono, że zadowolenie z życia grupy osób z OMZ występuje jako obustronny predyktor wytrwałości życiowej, mającej parametry jak rozsądność życia oraz tolerancja niepewności. Innymi słowy, zadowolenie z życia ujawnia się nie tylko jako wynik wytrwałości życiowej, lecz również jako „punkt odniesienia”, jako szczególny zasób osobowy osób z OMZ.

Ustalono cechy osobowe, treścią których jest szczególne „dopasowanie” systemu zasobów osobowości osób z OMZ, „omijając” skutki, wywołane przez sytuacje niepełnosprawności. Struktura drogi omijania powstaje dopiero wtedy, kiedy zjawia się przeszkoda na prostej drodze, kiedy prosta droga nie jest dostępna, kiedy sytuacja stawia takie wymagania, że zwykła reakcja jest niedostateczną. Obiektywne warunki działalności osób z OMZ ustawione w taki sposób, że one ciągle napotykać różne przeszkody. Niemożliwość bycia „jak wszyscy” zmniejsza składnik kognitywny błogostanu subiektywnego. Pokonanie, czasami bohaterskie, jest niezbędnym warunkiem normalnego rozwoju ludzi z fizycznymi wadami zdrowia. Dlatego wykryte w badaniu cechy osób z OMZ, które się wydają na pierwszy rzut oka dezadaptywnymi, można oceniać jako wynik ponad sytuacyjnej aktywności człowieka w utrudnionych warunkach rozwoju, jako „osobowo-sensowe przejawy jego indywidualności”.

Siła osobowości, rozwiniętość osobowych zasobów wytrwałości występuje główną cechą, pozwalającą uniknąć hiperkompensacyjnych deformacji psychicznych i zachować zdrowie psychologiczne oraz błogostan subiektywny [16].

Warunkowo zdrowi studenci (tak zwana „norma”) i studenci z OMZ mają różne struktury samoregulowania, różne pojęcia o jakości życia, różne nawiązywania relacji ze światem. Niepełnosprawność może występować i występuje w rzeczywistości (nie u wszystkich i nie zawsze, lecz u szeregu ludzi, którzy stoją przed tym wezwaniem) jako konstrukcyjny zasób do budowania szczególnego systemu samoregulowania, nie

znalezione u warunkowo zdrowych studentów: właśnie trauma występuje nie po prostu jako negatywne wydarzenie, lecz jako oparcie, centrum, dokoła którego buduje się życie, główny zasób w budowaniu systemu samoregulowania [25]. W sposób paradoksalny okazuje się, że im poważniejsza jest trauma, tym bardziej pozytywny jest postęp, bardziej wyraźny jest wzrost. Innymi słowy, ograniczenia możliwości zdrowia i trauma zamieniają się w zasób osobowości.

2. Trudna sytuacja życiowa, wydarzenie traumatyczne jako wezwanie osobowości.

W naszej pracy chcemy także rozpatrywać sytuację niepełnosprawności z punktu widzenia „wezwania”, w obliczu którego znajduje się osobowość w sytuacji utrudnionych warunków rozwoju.

Istnieje mnóstwo trudnych sytuacji życiowych, i ze wszystkimi człowiek nierzadko nie może sam dać radę. Poziom zaliczenia sytuacji, która zaistniała, do pewnych rodzajów trudnych sytuacji, zależy od subiektywnej percepcji wydarzeń przez osobowość.

Wydarzenie traumatyczne wywiera destrukcyjny wpływ na osobowy obszar osobowości, zakłócając jej ustalony obraz świata, i w ten sposób prowokując je do budowania nowej. Toteż, pewne cechy psychologiczne sprzyjają pozytywnej rekonstrukcji doświadczenia traumatycznego, zmieniając światopogląd na lepsze, na skutek czego można spostzegać takie zjawisko jak posttraumatyczny wzrost. Zdaniem S.L. Chachko, posttraumatyczny wzrost charakteryzuje przeżycia i doświadczenia ludzi, rozwój których po traumie przekroczył rozwój poprzedni [27, p. 142]. To znaczy, że w człowieku pojawiły się subiektywnie znaczące pozytywne zmiany, które polepszają jego życie.

Także I.G. Malkina-Pykh, uważa, że nawet wydarzenia katastroficzne mogą być zatrzymane poprzez dobrze przemyślane czynności ludzi. Na przykład, internalci mają bardziej skutecznie pracujący kognitywny system. Oni wydają istotną część swojej energii umysłowej, by uzyskać informacji, co pozwala im mieć wpływ na znaczące dla nich wydarzenia. Oprócz tego, internalci mają wyraźną tendencję wyrabiać specyficzne i konkretne plany działań w różnych sytuacjach. Tak, więc, poczucie kontroli nad sobą i otoczeniem pozwala im w sposób skuteczniejszy dawać radę w sytuacjach traumatycznych [26]. Także ustalono, że istnieje ścisły związek korelacyjny między rodzajem locusu kontroli a poziomem posttraumatycznego zaburzenia stresowego. Dlatego wysokie wskaźniki według skali eksternalności dają wysokie wskaźniki poziomu posttraumatycznego zaburzenia stresowego [23]. Człowiek, mający wewnętrzny locus kontroli, łatwiej pokonuje przeżyte wydarzenie traumatyczne, ponieważ uświadamiając swoje znaczenie w rozwiązaniu trudnych sytuacji życiowych, bierze odpowiedzialność na siebie, podnosząc w taki sposób poziom swojego aktywnego udziału w jego pokonaniu. Natomiast eksternalci ze względu na swoje zorientowanie na pewne przyczyny zewnętrzne, częściej zajmują pozycję bezczynności, a czasem nawet przesadzenie wymiaru przeżytego nieszczęścia, nie podejmując żadnych decyzji dotyczących walki z nim, oczekując, że pewne siły, które wywołały zaistnienie tego wydarzenia, rozwiążą to. Wychodząc z otrzymanych danych, zmiana stylu atrybucji z zewnętrznego na wewnętrzny wyrabia w człowieku pewnego rodzaju иммунитет do wydarzeń traumatycznych.

Jednak, istnieją takie cechy, obecność których na odwrót, komplikuje proces stwarzania nowego odpowiedniego światopoglądu. Wynikiem tego może być utrwalenie detrukcyjnych schematów zachowania, myślenia, co przyprowadza do różnych procesów patologicznych, jak posttraumatyczne zaburzenie stresowe, depresje, fobie, newrozy oraz inne.

Błogostanu subiektywnemu osób z OMZ pośredniczy pozycja osobowości wobec sytuacji własnej – gotowość do pokonania oraz akceptacji „wezwania” jest skutecznym

sposobem pokonania trudnej sytuacji życiowej i prowadzi do podniesienia zadowolenia z życia.

Istnieją przykłady przemiany osobowości, mające odniesienie do doświadczeń wielu udanych ludzi z OMZ, w rewaloryzacji wartości oraz zrodzeniu nowej tożsamości także po doświadczeniu wojennym. Pojawiają się nowotwory w osobowości wojownika, które rodzą się z trudnego traumatycznego doświadczenia wojny, kiedy człowiek zastanawia się o tym, czym by on chciał się zajmować poza wojną, z czego on może otrzymać zadowolenie, wyrównując bilans destrukcja-stwarzanie. W tych marzeniach ich często odwiedza olśnienie, zaczynają budować swoje plany w zakresie zwykle nowej dla nich działalności. W tym momencie ma miejsce przegląd działalności, dostosowywanie do nowych celów. I ta wewnętrzna praca „wyciąga” ich z „błota” bólu i niepewności i stawia na twardej ziemi. W tym momencie zabierają wojnie odpowiedzialność za swoje życie i biorą ją na siebie. Przewartościowuje się działalność, przychodzi rozumienie wartości relacji, zmienia się zachowanie wobec ciała. Bilans wyrównuje się dzięki napełniania obszaru sensów („Człowiek potrafi wytrzymać cokolwiek, jeśli wie, po co”, V.Frankl). Na poziomie treściowym można odznaczyć rozwój tych zdolności aktualnych, które wcześniej były nierozwiniętymi. Na wojnie oni napotykać doświadczenie, rozwijające pierwotne zdolności: cierpliwość, zaufanie, kontakty, nadzieja, wiara, miłość/akceptacja. Charakter się zmienia dzięki przeżyciom, bliskim do przeżyć doświadczenia olśnienia, transcendencji – wyjścia za granice własnego „ja”. W takich momentach człowiek spotyka się ze swoim prawdziwym „ja”. Na poziomie podstawowym aktywizują się, spotykając się z traumatycznym doświadczeniem wojny, podstawowe emocjonalne nastawienia, założone jeszcze w dzieciństwie, a także powstają egzystencjalne konflikty: życie - śmierć, samotność – bliskość, wolność i odpowiedzialność, sens – bezsens. Ludzie, którzy mieli doświadczenie, nablizone do śmierci, potrafią podnieść się nad ograniczeniami, narzuconymi przez wychowanie, społeczeństwem (konflikt bazowy) i przybliżyć się do własnej natury, do swojego prawdziwego „ja”. Oni przerabiają rodzinne koncepcje, poszerzając własne spojrzenie, dzięki doświadczeniu wojny. Ludzie, którzy patrzyli śmierci w twarz, przeżywają niejako doświadczenie transcendentne, które na zawsze zmienia ich życie. Psycholodzy w kierunku pozytywnej psychoterapii pracują z żołnierzami z uświadomieniem tych zmian w sobie, wyrabiając odebranie ich jak zasobu oraz możliwości przeglądu swego życia. („Człowiek może wychodzić poza własne granice, wspierając się o własną naturę, a nie na ambicje i sztuczne cele”. F. Perls). Ludzie, którzy przeżyli tak traumatyczne doświadczenie, uczyli się żyć „tu i teraz” nie żałując o przeszłość i strachów o przyszłość, akceptować swoje ograniczenia i widzieć nowe możliwości. W naszej kulturze od dzieciństwa uczą docenianiu materialnego, lecz następnie w ciągu życia uczą się ponownie – uczą się docenianiu bliskości, ciepła, twórczości, figlarności, wolności, wyrażaniu siebie. U ludzi, którzy spotkali się ze śmiercią, to ponowne urodzenie wartości następuje gwałtownie. Na podstawie nowych wartości stwarza się również nowa tożsamość. Proces urodzenia nowej tożsamości przewiduje etapowe rozszerzenie granic byłej tożsamości, przechodząc przez kryzysy „egzystencjalnego dojrzwania”.

3. Paradoks niepełnosprawności

W badaniu tak zwanego „paradoksu niepełnosprawności” [1] było ustalono, że ludzie z ciężkimi oraz stałymi ograniczeniami możliwości świadczą o dobrej lub bardzo dobrej jakości życia, wówczas, gdy z punktu widzenia większości obserwatorów zewnętrznych ci ludzie prowadzi życie niepociągające. Wynikiem półstrukturalnego wywiadu było potwierdzenie „paradoksu niepełnosprawności”. Więcej niż połowa ankietowanych, mających w średnie i poważne ograniczenia zdrowia, okazali się zadowoleni ze swego życia. Analiza wywiadu pokazała, że jakość życia zależy od tego, czy udało się doświadczaćemu znaleźć

bilans między ciałem, umysłem a duchem, a także ustalić oraz podtrzymywać harmonijne relacje z zewnętrznym środowiskiem socjalnym.

Przy tym, w ramach innych prac naukowych istnienie „paradoksu niepełnosprawności” było powątpiewane. Przykładem jest badanie brazylijskich naukowców, poświęcone problematemu zachowania jakości życia przy stwardnieniu rozsianym [20]. Autorzy porównywali jakość życia, związana ze zdrowiem, u ludzi ze stwardnieniem rozsianym z wynikami grupy kontrolnej. Uzyskane wyniki pokazały, że u ludzi ze stwardnieniem rozsianym poziom jakości życia, związanego ze zdrowiem, jest najniższym w porównaniu z grupą kontrolną. Zdaniem autorów, to świadczy nie na rzecz „paradoksu niepełnosprawności”.

Badacze amerykańskie [14] utrzymują, że różnym badaniom jakości życia brakuje jednolitej podstawy konceptualnej, zaś uzasadnienie pojęcia jakości życia, które odbiera się przez stan zdrowia, zostaje kwestionowane.

Tak, więc, analiza badań jakości życia ludzi z fizycznymi ograniczeniami możliwości zdrowia jest sprzecznym w kwestii wpływu miary zdrowia na ten czynnik. Naszym zdaniem, te sprzeczności są wywołane brakiem jedności rozumienia badanej kategorii w zakresie nauk humanistycznych. Głównym przedmiotem badań są trudności fizyczne oraz przeszkody środowisk, które napotykają osoby z OMZ. Złożyło się w sposób naturalny, że główną linią tradycji naukowej jest studiowanie negatywnych warunków istnienia ludzi z ograniczonymi możliwościami zdrowia, na co wskazują również badacze zachodnie [20]: kulturalnie i historycznie ukorzenił się prawie zupełny brak dyskursu radości i szczęścia w kontekście niepełnosprawności. Badania są związane w dużej mierze z problemami choroby, socjalnego zabezpieczenia oraz innymi warunkami, rozpatrywanymi przez naukowców w pierwszej kolejności z punktu widzenia ich niedoboru.

W socjalnym modelu niepełnosprawności, ludzie z ograniczeniami możliwości zdrowia są rozpatrywane jako mniejszość wśród ludności dominującej. Najczęściej stereotypowo uznaje się niezdolność ludzi z upośledzeniem prowadzić pełne życie. Potwierdza się to przez liczne badania, ujawniające fakty, które trudno jest negować.

W nauce psychologicznej dużo uwagi zwracało się na kwestię niepełnosprawności (L.S. Vigotskii, O.P. Luria, L.J. Vasserman, T. Parsons, V.V. Radaiev, O.I. Shkaratan, O.R. Iarska-Smirnova oraz inni), wzrostu niepełnosprawności ludności, badaniu socjalno-ekonomicznych przyczyn, mechanizmów oraz czynników, determinujących ten problem. Jednocześnie psychologia handykapiizmu (przesady odnośnie osób z odchyleniem od normy, stereotypów, istniejących w społeczeństwie zarówno w otwartych, indywidualnych oraz instytucjonalnych, jak i latentnych formach) w nauce zostaje jeszcze nie opracowaną ani w teoretycznej, ani w praktycznej, ani w stosowanej płaszczyźnie.

Zgadzamy się z tą opinią, ale „handykapiizm” traktujemy jako zjawisko społeczne, które aktualizuje się kosztem negatywnych wyobrażeń o niepełnosprawnych.

Ogólnie studenci z oMZ mają niższy sukces akademiczny w porównaniu ze zdrowymi studentami, zaś alumni oraz abiturienti z OMZ są mniej przygotowani do pójścia na studia do kolegium lub uczelni [19]. Uzyskane przez badacze dane nie świadczą na rzecz osób z OMZ, mimo przeprowadzonej w wielu krajach zachodnich polityki polepszenia socjalno-ekonomicznych warunków życia ludzi z upośledzeniem. Kwestia czynników subiektywnych, wywierających wpływ na jakości życia osób z OMZ, często zostaje poza kontekstem badawczym. W większości badań wyłączona jest rola osobowości oraz jej aktywności w procesie życia.

4. Teoria adaptacji w sensie roli osobowości podczas niepełnosprawności

W badaniu dzieci z porażeniem mózgowym poczucie samooceny oraz subiektywna kompetentność nie różnią się w grupie warunkowo zdrowych dzieci [18]. Jedynym wykrytym

u nich szczególnie było obniżenie błogostanu fizycznego. Te dane były ściśle związane ze stworzeniem teorii adaptacji do nowych warunków, która polega na tym, dzięki mechanizmów samoregulowania poziom błogostanu subiektywnego wraca do swojego optimum wraz z przyzwyczajaniem subiekta do różnych warunków.

Według innych badań, przeprowadzonych z ludźmi, którzy przeżyli traumy rdzenia kręgowego, ich poziom szczęścia zostaje dość wysoki, jednak niższy od średnich stopni w populacji [4]. Jakość życia jest obniżona u niedosłyszących lub głuchych [5, 9]. Krytykę teoretyczną teorii adaptacji zaproponowali E. Diener i współautorzy [7], wskazując, zwłaszcza na istnienie istotnych indywidualnych odmienności nie tylko w zdolnościach, lecz również w zmianach błogostanu subiektywnego jako reakcji na zewnętrzne wydarzenia. By potwierdzić tą tezę, w niektórych badaniach było pokazano, że przy zaistnieniu niepełnosprawności błogostan subiektywny najpierw się obniża, lecz potem wraca praktycznie do początkowego poziomu. Podniesienie tych wskaźników badacze wiąże z cechami osobowości [6].

Ciekawie, że cechy osobowe, które spostrzegają się przed początkiem choroby (lub odniesienia traum fizycznych), mogą wyznaczać różnicę w adaptacji ludzi do nowych warunków życia. Przykładem jest sześcioletnie badanie longitudinalne 11 680 doświadczalnych, 307 z pośród których zostali niepełnosprawnymi w ciągu ostatnich czterech lat [2]. Takie badania nie często się zdarzają, dlatego zatrzymajmy się dokładniej na jego opisywaniu. Podstawowa metodyka była wersją skróconą kwestionariusza „Wielka Piątka” («Big Five Inventory») [11]. Doświadczalnych proszono ocenić stopień, w którym im odpowiada zaproponowane twierdzenie, każde, z których zaczyna się od słów „Widzę siebie jako człowieka, który...”. Kwestionariusz zawierał 15 punktów po trzy dla każdej cechy osobowości: otwartość (na przykład, „...jest oryginalny, generuje nowe idee”), sumienność (na przykład, „...rzetelnie wykonuje swoją pracę”), ekstrawersja (na przykład, „...jest towarzyski, gadatliwy”), przyjemność (na przykład, „...z natury zdolny do przebaczenia”), oraz neurotyzm (na przykład, „dużo się przejmuję”). Doświadczalnym proponowano ocenić każde twierdzenie według 7 stopniowej skali od 1 (w ogóle mnie nie dotyczy) do 7 (całkowicie mnie odpowiada). Dla oceny poziomu zadowolenia z życia używa się skali ze stopniami od 1 do 10, za pomocą których uczestnikom proponowano odpowiedzieć na pytanie: „Na ile jesteście zadowoleni ze swego życia, ze względu na wszystkie okoliczności?”.

Wyniki pokazały, że nabyta niepełnosprawność poważnie obniża zadowolenie z życia, lecz ten wpływ istotnie zmniejsza się dzięki cechom, które miała osobowość przed niepełnosprawnością. Po czterech latach zadowolenie z życia u ludzi z ograniczonymi możliwościami zdrowia, mające harmonijne cechy charakteru, była wyższą, niż w grupie niepełnosprawnych z dysharmonijnym charakterem. Największe odmienności zostały wykryte według skali „podatność charakteru; przyjemność” (Agreeableness). Tak, więc, było ustalono, że zadowolenie z życia nagle się zmniejszyła w pierwszy rok po nabyciu niepełnosprawności, jednak nie spostrzegano jej dalsze obniżenie w drugim roku. Przy tym, po dwóch latach niepełnosprawności zadowolenie z życia doświadczalnych, mających średnio przyjemny charakter (na 1 odchylenie standardowe większe od średniego według próbkowania), stopniowo zaczęło się polepszać, aż do pełnej adaptacji do czwartego roku przebiegu choroby. Przy tym, zadowolenie z życia doświadczalnych, mających średnio nieprzyjemne cechy charakteru (na 1 odchylenie standardowe mniejsze od średniego według próbkowania), z reguły, pogorszało się w ciągu tegoż okresu czasu. Tak, więc, do czwartego roku niepełnosprawności respondenci z w miarę przyjemnym charakterem mieli poziomy zadowolenia z życia o 0,32 odchylenia standardowego, niż respondenci z nieprzyjemnymi cechami osobowymi.

Przy powtórnej analizie regresyjnej do modelu zostały włączone demograficzne zmienne. Wyniki pokazały, że istnieje szereg czynników, wpływ których może mieszać się z

wpływem szczegółów osobowych na zadowolenie z życia, i które mogą występować w postaci mediatorów. Przy tym, kontrolowano wpływ tych zmiennych przed i po nabyciu niepełnosprawności, a także ilość lat, spędzonych z niepełnosprawnością. Na przykład, po nabyciu niepełnosprawności takie efekty jak dochód oraz zatrudnienie (z reguły, ich obniżenie), wyjaśniają niektóre zmiany w poziomie zadowolenia z życia. Poziom „przyjemności charakteru”, zapowiadając zadowolenie z życia, współdziałał z czynnikiem ograniczonymi możliwościami zdrowia, podczas gdy poziom neurotyzmu nie pokazywał takiego efektu.

Ten efekt współdziałania był najmocniejszym na czwartym roku niepełnosprawności. Dalsze sprawdzenie pokazało znaczące współdziałanie między poziomem „przyjemności charakteru” a ilością lat, spędzonych z niepełnosprawnością. Tak, więc, analiza pokazuje, że wśród badanych charakterystyk najaktywniejszy wpływ na adaptację do niepełnosprawności oraz zachowanie błogostanu osobowości daje osobowa cecha, która się nazywa „przyjemność charakteru”.

Zmiany w błogostanie subiektywnym osób z OMZ nie sprowadzają się do działania mechanizmów adaptacji oraz istotnie różnicują od człowieka do człowieka. Istnieją, więc, czynniki psychologiczne, które pośredniczą wpływowi niepełnosprawności oraz chorób ciężkich na błogostan subiektywny.

W badaniach empirycznych było pokazano, że samodeterminacja, jako zdolność do samodzielnego oraz autonomicznego wyboru w życiu pozytywnie koreluje ze skutecznością ludzi młodych z OMZ w życiu [3].

Zakończenie

A więc, mimo stworzone w krajach rozwiniętych mniej więcej komfortowych socjalno-ekonomicznych warunków życia dla ludzi z fizycznymi ograniczeniami zdrowia, opiekę medyczną, istnieje wyraźna tendencja przypisania ludziom z upośledzeniem niski poziom błogostanu subiektywnego. W tym samym czasie, same osoby z OMZ często nie zawsze uważają siebie niepełnosprawnymi, a istniejąca opinia o ich niską jakość życia często nie zawsze odpowiada rzeczywistości.

Ostatnio istnieje tendencja do zwiększenia uwagi badaczy do problemów osób z ograniczonymi możliwościami zdrowia (OMZ). Zwykle się uważa, że osoby z OMZ są socjalnie niepełnowartościowe, słabo zapewnione w dobra materialne, mniej szczęśliwe, niż inni ludzie. Tradycyjnie badanie osób z OMZ kładą nacisk na psychicznych i cielesnych negatywnych przejawach „defektu”. Poza ramami badań zostają idee o roli kompensacji fizycznej niepełnosprawności. W badaniu wykryta pozytywna rola zasobów osobowości w procesie pokonania z sytuacją niepełnosprawności.

Stąd, przemiany ludzi po doświadczeniu traumatycznym wymagają nie tylko pomocy wyspecjalizowanej, lecz również poważnej samodzielnej „pracy” osobowości. Dużo chorób i zaburzenia fizyczne wymagają od człowieka poważnej, a czasem kardynalnej zmiany trybu życia, zmiany wartościowego traktowania życia ogólnie, wytwarzania indywidualnej filozofii życiowej. Dlatego, na pewnym etapie polepszenie jakości życia zaczyna w większym stopniu zależeć od wysiłków samej osoby, od szczegółów jej charakteru.

Badacze, którzy pracują w ramach kierunku pozytywnej psychologii, uznają wysoki udział parametrów subiektywnych w integralnym wskaźniku jakości życia. Innymi słowy, błogostan subiektywny jest podstawowym wymiarem subiektywnego aspektu jakości życia, powodującym wpływ warunków istnienia na osobowość. Obok czynnika zdrowia szczególną rolę ma czynnik pozytywnych cech osobowości, które pośredniczą wpływowi zewnętrznych warunków na błogostan subiektywny.

Jak już było powiedziano wyżej, badania ludzi z ograniczonymi możliwościami zdrowia przeprowadzają się głównie w ramach idei oraz modeli jakości życia, związanego ze zdrowiem. Przy tym, polepszenie obiektywnych wskaźników życia (zdrowia, poziomu

socjalnego zabezpieczenia i inne) jest tylko środkiem, a nie celem samym w sobie. Ostatecznym celem polepszenia jakości życia ma być popieranie i rozszerzenie obejmowania, głębokości oraz intensywności błogostanu człowieka. To świadczy o tym, że jakiegokolwiek wartości życia powinni tkwić w mierzeniu niematerialnych zmiennych przeżycia błogostanu subiektywnego [10].

Podstawą harmonijnego rozwoju osobowości oraz błogostanu subiektywnego występują osobowe wysiłki i aktywna pozycja wobec własnej sytuacji, dążenie do samorozwoju oraz organizacja socjalnego wsparcia osób z OMZ. Skuteczna „praca” zasobów wytrwałości osobowości sprzyja wzrostu zadowolenia z życia, co towarzyszy zarówno osobom z OMZ, jak i warunkowo zdrowych doświadczalnych. Dla warunkowo zdrowych doświadczalnych zadowolenie z życia związane ze stosowaniem strategii aktywnego pokonania trudności, zaś dla osób z OMZ już same z siebie przyjmowanie „wezwania”, które wyraża się w gotowości do działania, bierze udział w błogostanie subiektywnym.

System osobowych zasobów u osób z OMZ występuje jako główny odcinek samoregulowania, pozwalający uniknąć pojawienia hiperkompensacyjnych deformacji psychicznych i zachować zdrowie psychologiczne oraz błogostan subiektywny. Natężenie mechanizmów adaptacyjnych u osób z OMZ nie jest wynikiem dezadaptacji, lecz odzwierciedla charakterologiczne szczególności, powstałe na skutek hiperkompensacji braku organicznego.

Piśmiennictwo:

1. Albrecht G.L., Devlieger P.J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds, [in:] *Social Science & Medicine*, 48, 8, 977–88.
2. Boyce C.J., Wood A.M. (2011). Personality Prior to Disability Determines Adaptation: Agreeable Individuals Recover Lost Life Satisfaction Faster and More Completely, [in:] *Psychological Science*, 22, 11, 1397–1402.
3. Bremer C.D., Kachgal M., Schoeller K. (April, 2003). Self-determination: Supporting successful transition, [in:] *Research to Practice Brief of the National Center on Secondary Education and Transito*, 2(1).
4. Brickman P., Coates D., Janoff-Bulman R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?, [in:] *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 8, 917–927.
5. Carabellese C. (1993). Sensory impairment and quality of life in a community elderly population / C. Carabellese, I. Appollonio, R. Rozzini, A. Bianchetti, G.B. Frisoni, L. Frattola, M. Trabucchi, [in:] *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 4, 401–407.
6. Cloninger C.R., Zohar A.H. (2011). Personality and the perception of health and happiness, [in:] *Journal of Affective Disorders*, 128, 24–32.
7. Diener E. (2000) Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index, [in:] *American psychologist*, 55, 34–43.
8. Diener E., Lucas R., Scollon C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being, [in:] *American Psychologist*, 61, 4, 305–314.
9. Disability Overview (2016, Sep 21). Retrieved from: <http://www.worldbank.org/en/topic/disability/overview>
10. Fellingner J. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing / J. Fellingner, D. Holzinger, J. Gerich, D. Goldberg, [in:] *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 3, 243–245.
11. Hajiran H. (2006). Toward a quality of life theory: net domestic product of happiness, [in:] *Social Indicators Research*, 75, 31–43.

11. John O.P., Naumann L.P., Soto C.J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issue, [in:] *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press, 114–158.
12. Kashubeck-West S., Meyer J. (2008). The well-being of women who are late deafened, [in:] *Journal of Counseling Psychology*, 55, 4, 463–472.
13. Kef S. (2002). *Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents*, [in:] *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96, 22–37.
14. Leplege A., Hunt S. (1997) *The Problem of Quality of Life in Medicine*, [in:] *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1, 47–50.
15. Mytskan T., Grygus I. Influence value orientations parents for upbringing of a healthy child // Технологии социальной работы с различными группами населения: сборник научных статей V Международной научно-практической интернет конференции / Забайкал. гос. ун-т ; под ред. С.Т. Кохана. – Чита: ЗабГУ, 2015. – С. 225-236. ISBN 978-5-9293-1493-3
16. *Psychologia pozytywna. Nauka o szczesciu, zdrowiu, sile i cnotach czlowieka* (2008) / Redakcja naukowa Janusz Czapinski. – Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN, 484 s.
17. *Psychologia jakosci zycia* (2005) / red. A. Banka. Poznan, 238 s.
18. Self-worth, perceived competence, and behaviour problems in children with cerebral palsy (2006). / C. Schuengel, J. Voorman, J. Stolk, A., [in:] *Dallmeijer Disability and Rehabilitation*, 28, 20, 1251–1258.
19. Stodden R.A. (2001). A review of secondary school factors influencing postschool outcomes for youth with disabilities / R.A. Stodden, P. Dowrick, S. Gilmore, L.M. Galloway. Honolulu: National Center for the Study of Postsecondary Educational Supports University of Hawaii at Manoa, 44 p. Retrieved from: <http://www.rrtc.hawaii.edu/documents/products/phase1/043-H01.pdf>.
20. Sunderland N., Catalano T., Kendall E. (2009). Missing discourses: concepts of joy and happiness in disability, [in:] *Disability & Society*, 24, 6, October, 703–714.
21. Vasconcelos A. (2010). Maintaining quality of life in multiple sclerosis: fact, fiction, or limited reality? / A.G. Vasconcelos, V.G. Haase, E.P. Lima, M.A. Lana-Peixoto [in:] *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68, 5, 726–730.
22. Аргайл М. (2003). Психология счастья. СПб.: Питер. 272 с.
23. Василюк О.П. (2014). Значення типу локусу контролю для визначення стратегії реорганізації травматичної пам'яті особистості. Перша Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології». Кафедра загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 13.05.2014. Retrieved from: <http://www.inforum.in.ua/conferences/12/6/27>
24. Кохан С.Т., Патеюк А.В., Мингалова М.С., Григус И.М. Использование иппотерапии в физической реабилитации больных с различной патологией // *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(2):289-296.
25. Лебедева А.А. Субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья: автореф. дисс. кандидата психол. наук. Москва, 2012. 32 с.
26. Малкина-Пых И.Г. (2005). Стратегии поведения при стрессе, [in:] *Московский психологический журнал*, 12, 26–32.
27. Чачко С.Л. (2010) Проблема посттравматического роста: попытка теоретического анализа, [in:] *Вестник Одесского национального университета*, 15, 11, 140-148.

28. Шевеленкова Т.Д. Фесенко П.П. (2005). Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследований), [in:] Психологическая диагностика, 3, 95-123.

1. Albrecht G.L., Devlieger P.J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds, [in:] *Social Science & Medicine*, 48, 8, 977–88.

2. Boyce C.J., Wood A.M. (2011). Personality Prior to Disability Determines Adaptation: Agreeable Individuals Recover Lost Life Satisfaction Faster and More Completely, [in:] *Psychological Science*, 22, 11, 1397–1402.

3. Bremer C.D., Kachgal M., Schoeller K. (April, 2003). Self-determination: Supporting successful transition, [in:] *Research to Practice Brief of the National Center on Secondary Education and Transitions*, 2(1).

4. Brickman P., Coates D., Janoff-Bulman R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?, [in:] *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 8, 917–927.

5. Carabellese C. (1993). Sensory impairment and quality of life in a community elderly population / C. Carabellese, I. Appollonio, R. Rozzini, A. Bianchetti, G.B. Frisoni, L. Frattola, M. Trabucchi, [in:] *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 4, 401–407.

6. Cloninger C.R., Zohar A.H. (2011). Personality and the perception of health and happiness, [in:] *Journal of Affective Disorders*, 128, 24–32.

Diener E. (2000) Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index, [in:] *American psychologist*, 55, 34–43.

7. Diener E., Lucas R., Scollon C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being, [in:] *American Psychologist*, 61, 4, 305–314.

8. Disability Overview (2016, Sep 21). Retrieved from: <http://www.worldbank.org/en/topic/disability/overview>

9. Fellingner J. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing / J. Fellingner, D. Holzinger, J. Gerich, D. Goldberg, [in:] *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 3, 243–245.

10. Hajiran H. (2006). Toward a quality of life theory: net domestic product of happiness, [in:] *Social Indicators Research*, 75, 31–43.

11. John O.P., Naumann L.P., Soto C.J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issue, [in:] *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press, 114–158.

12. Kashubeck-West S., Meyer J. (2008). The well-being of women who are late deafened, [in:] *Journal of Counseling Psychology*, 55, 4, 463–472.

13. Kef S. (2002). *Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents*, [in:] *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96, 22–37.

14. Leplege A., Hunt S. (1997) *The Problem of Quality of Life in Medicine*, [in:] *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1, 47–50.

15. Mytskan T., Grygus I. Influence value orientations parents for upbringing of a healthy child // *Tekhnologii sotsialnoy raboty s razlichnymi gruppami naseleniya: sbornik nauchnykh*

statey V Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy internet konferentsii / Zabaykal. gos. un-t ; pod red. S.T. Kokhana. – Chita: ZabGU. 2015. – S. 225-236. ISBN 978-5-9293-1493-3

16. *Psychologia pozytywna. Nauka o szczesciu, zdrowiu, sile i cnotach czlowieka* (2008) / Redakcja naukowa Janusz Czapinski. – Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN, 484 s.

17. *Psychologia jakosci zycia* (2005) / red. A. Banka. Poznan, 238 s.

18. Self-worth, perceived competence, and behaviour problems in children with cerebral palsy (2006). / C. Schuengel, J. Voorman, J. Stolk, A., [in:] *Dallmeijer Disability and Rehabilitation*, 28, 20, 1251–1258.

19. Stodden R. A. (2001). A review of secondary school factors influencing postschool outcomes for youth with disabilities / R. A. Stodden, P. Dowrick, S. Gilmore, L. M. Galloway. Honolulu: National Center for the Study of Postsecondary Educational Supports University of Hawaii at Manoa, 44 p. Retrieved from: <http://www.rrtc.hawaii.edu/documents/products/phase1/043-H01.pdf>.

20. Sunderland N., Catalano T., Kendall E. (2009). Missing discourses: concepts of joy and happiness in disability, [in:] *Disability & Society*, 24, 6, October, 703–714.

21. Vasconcelos A. (2010). Maintaining quality of life in multiple sclerosis: fact, fiction, or limited reality? / A. G. Vasconcelos, V. G. Haase, E. P. Lima, M. A. Lana-Peixoto [in:] *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68, 5, 726–730.

22. Argayl M. (2003). *Psihologiya schastya*. SPb.: Piter. 272 s.

23. Vasy`lyuk O.P. (2014). Znachennya typu lokusu kontrolyu dlya vyznachennya strategiyi reorganizaciyi travmatychnoyi pamyati osobystosti. Persha Mizhnarodna naukovo-praktychna internet-konferenciya «Osobystist i suspilstvo: metodologiya ta praktyka suchasnoyi psihologiyi». Kafedra zagalnoyi ta socialnoyi psihologiyi Shidnoyevropejskogo nacionalnogo universytetu imeni Lesi Ukrayinky. 13.05.2014. Retrieved from: <http://www.inforum.in.ua/conferences/12/6/27>

24. Kohan S.T., Pateyuk A.V., Mingalova M.S., Grygus I.M. Ispolzovanie ippoterapii v fizicheskoy reabilitatsii bolnyh s razlichnoy patologiyey // *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(2):289-296.

25. Lebedeva A.A. Sub'ektivnoe blagopoluchie lits s ogranichennyimi vozmozhnostyami zdorovya: avtoref. diss. kandidata psihol. nauk. Moskva, 2012. 32 s.

26. Malkina-Pyih I.G. (2005). Strategii povedeniya pri stresse, [in:] *Moskovskiy psihologicheskij zhurnal*, 12, 26–32.

27. Chachko S.L. (2010) Problema posttravmaticheskogo rosta: popyitka teoreticheskogo analiza, [in:] *Vestnik Odesskogo natsionalnogo universiteta*, 15, 11, 140-148.

28. Shevelenkova T.D. Fesenko P.P. (2005). Psihologicheskoe blagopoluchie lichnosti (obzor osnovnyh kontseptsiy i metodika issledovaniy), [in:] *Psihologicheskaya diagnostika*, 3, 95-123.